様式第２号　　（表　　面）

特別児童扶養手当認定診断書

（聴覚・平衡機能・そしゃく・嚥下機能・音声又は言語機能障害用）

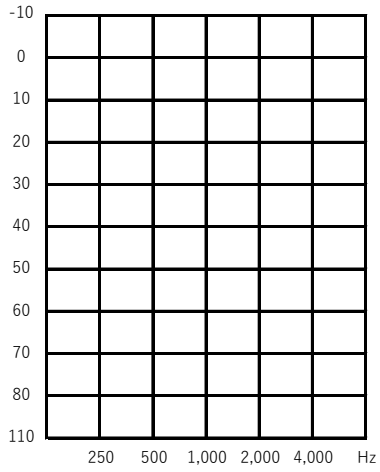
（ふりがな） **氏　　名**		**生年月日**	平成 令和　　年　　月　　日生（　　歳）	**性別**	男・女
住　　所	住所地の郵便番号 （　　ー　　） 都道府県　　郡市区				
① **傷病の原因となった傷病名**		② **傷病の発生年月日**	平成 令和　　年　　月　　日	・診療録で確認 ・本人の申し立て	
		③ **①のため初めて医師の診断を受けた日**	平成 令和　　年　　月　　日	・診療録で確認 ・本人の申し立て	
④ **傷病の原因又は誘因**		⑤ **既存障害**		⑥ **既往歴**	
⑦ **傷病が治った（傷病が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。）かどうか。**	傷病が治っている場合　……　治った日　平成 令和　　年　　月　　日（確認・推定）				
	傷病が治っていいない場合　……　症状のよくなる見込　　有　・　無　・　不明				
⑧ **診断書作成医療機関における初診時所見** 初診年月日 （平成・令和　　年　　月　　日）					
⑨ **現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項**		**診療回数**	年間　　回、月平均　　回		
		手術歴	咽頭摘出・その他の手術 手術名（　　） 手術年月日（平成・令和　　年　　月　　日）		

⑩　**障　害　の　状　態**　（令和　　年　　月　　日現症）

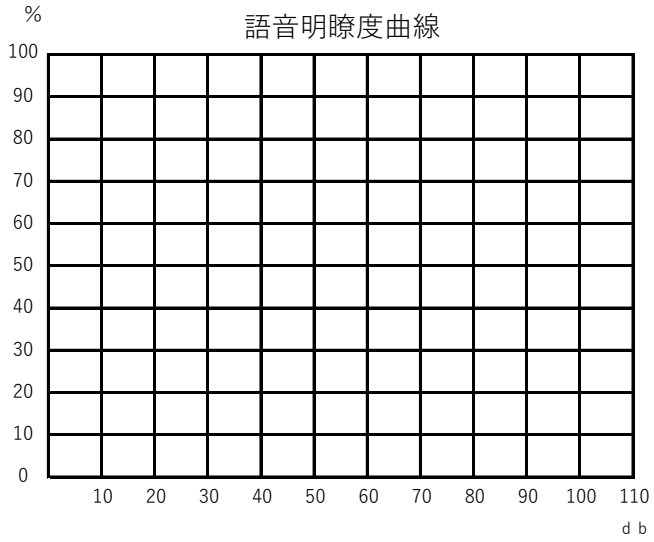
(1)　**聴覚の障害**

検査名及び検査年月日		
	オージオメータ 年　月　日	右　　dB　左　　dB
	（　　） 年　月　日	右　　dB　左　　dB
	（　　） 年　月　日	右　　dB　左　　dB
		最良語音明瞭度
	年　月　日	右　　%　左　　%

オージオグラム



語音明瞭度曲線



所見

(2)　**平衡機能の障害**

ア　開眼での起立・立位保持の状態

1　可能である

2　不安定である

3　不可能である

イ　開眼での直線の10ｍの歩行の状態

1　まっすぐ歩き通す。

2　多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、どうにか歩き通す。

3　転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。

ウ　自覚症状・他覚所見及び検査所見

(3)　**そしゃく・嚥下機能の障害**

ア　機能障害

イ　栄養状態

1　良　　2　中　　3　不良

（　身長　　ｃｍ、　体重　　ｋｇ）

ウ　食事内容

1　食事内容に制限がない

2　ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく、嚥下が十分でないため食事が制限される。

3　全粥、軟食以外は摂取できない。

4　経口摂取のみでは十分な栄養ができないためにゾンデ栄養の併用が必要である。

5　流動食以外は摂取できない。

6　経口的に食物を摂取することが極めて困難である。

7　経口的に食物を摂取することができない。

8　その他（　　）

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄は斜線により抹消してください。字は楷書ではっきりとご記入ください。

⑷　音声又は言語機能の障害

ア　会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでどれか１つを〇で囲んでください）

1　患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。

2　患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、互いに確認することなどで、日常会話がある程度成り立つ。

3　患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで日常会話が部分的に成り立つ。

4　患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。

イ　発音不能な語音（構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください）

1　4種の語音（該当するものにチェックをつけてください）

口唇音（ま行音、ぱ行音、ば行音等）
1　全て発音できる　　2　一部発音できる　　3　発音不能

歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等）
1　全て発音できる　　2　一部発音できる　　3　発音不能

歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）
1　全て発音できる　　2　一部発音できる　　3　発音不能

軟口蓋音（か行音、が行音等）
1　全て発音できる　　2　一部発音できる　　3　発音不能

2　発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）

ウ　失語症の障害の程度（失語症がある場合に、記入してください。）

1　音声言語の表出及び理解の程度（該当するものにチェックをつけてください。）

単語の呼称（単語の例：家、靴下、自動車、電話、水）
1　できる　　2　おおむねできる　　3　あまりできない　　4　できない

短文の発音（２～３文節程度　例：女の子が本を読んでいる）
1　できる　　2　おおむねできる　　3　あまりできない　　4　できない

長文の発音（４～６文節程度　例：私の家に田舎から大きな小包が届いた）
1　できる　　2　おおむねできる　　3　あまりできない　　4　できない

単語の理解（例：単語の呼称と同じ）
1　できる　　2　おおむねできる　　3　あまりできない　　4　できない

短文の理解（例：短文の発語と同じ）
1　できる　　2　おおむねできる　　3　あまりできない　　4　できない

長文の理解（例：長文の発音と同じ）
1　できる　　2　おおむねできる　　3　あまりできない　　4　できない

2　失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）

⑪ **現症時の日常生活活動能力**（必ず記入してください）	
⑫ **予　　後**（必ず記入してください）	
⑬ **備　　考**	

上記のとおり、診断します。　　令和　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所　在　地

医　師　氏　名

注　意

1　この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されます。記入事項に不明な点があると認定が遅くなることがあります。
出来るだけ詳しく記入してください。

2　〇・×で答えられる欄は、該当する者を〇で囲んでください。記入しきれない場合は、備考欄や別紙に記入してください。

3　③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害の原因となった傷病について初めて医師の診断を受けた日を記入してください。
他の医師や医療機関で診断を受けた場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。

4　「障害の状態」の欄は、下記によりご記入ください。

(1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。（無関係な欄は斜線により抹消してください。）
なお、該当欄に記入しきれない場合は、備考欄や別紙に記入してください。

(2) ⑩の欄の「(1)聴覚の障害」の測定結果は、過去3ヶ月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。

(3) ⑩の欄の(1)聴覚の障害欄中の「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。

＊「聴力レベル」の算出方法は、次のとおりです。

①「聴力レベル値」（デシベル）は、オージオメータにより測定してください。

②「聴力レベル値」（デシベル）は $\frac{a+2b+c}{4}$ により算出してください。

ａ：周波数５００ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
ｂ：周波数1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
ｃ：周波数2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

なお、ABR検査（聴性脳幹反応検査）、ASSR検査（聴性定常反応検査）、COR検査（条件詮索反応検査）等を行った場合は、検査名及び検査年月日を記入の上、測定結果を記載してください。

(4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。

(5) ⑩の、(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、両耳の聴力レベルが100ｄB以上の診断を行う場合には、オージオメータによる検査に加え、調性脳幹反応検査（ABR）等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果（検査方法及び検査所見）を記入してください。

(6) ⑩の(4)の欄の「イ　発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「２　発音に関する検査結果」欄に記入してください。

5　⑩の(4)の欄の「ウ　失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「２　失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。